

様式第29号(第27条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

個人番号については、分からない場合は記入不要です。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|------------------|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 保険者番号 | | 0 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | |
| フリガナ | カシマ ハナコ | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| 被保険者氏名 | 鹿嶋 花子 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 |
| 生年月日 | 昭和15年1月1日 | 性別 | 男 | | 女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒311-2211 鹿嶋市宮中77777 | | 電話番号0299(82)2911 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名及び 販売事業者名 | | 購入金額 | | 購入日 | | | | | | | | | |
| 入浴補助用具 シャワーベンチABC | ×××株式会社 株式会社××× | | 50,000円 | | H27年6月1日 | | | | | | | | | |
| | | | 円 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | | 円 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 福祉用具 が必要な理由 | <例>筋力低下により、歩行や入浴の際にふらつきがあるため、シャ ワーベンチを利用する。これにより転倒を予防することができ、家族の 介護負担も軽減できる。 | | | | | | | | | | | | | |
| 鹿嶋市長 様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請しま す。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成27年 6月 5日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 鹿嶋市宮中77777 電話番号 0299(82)2911 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 氏名 鹿嶋 花子 鹿嶋 印 | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。欄内
 に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|-------------|-------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 銀行 | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 常陽信金・信組 農協・労金 | 鹿嶋支店 出張所 | 1 普通預金 | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 2 当座預金 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| | | | 3 その他 | | | | | | | | | |
| フリガナ 口座名義人 | カシマ ハナコ 鹿嶋 花子 | | 口座名義人と被保険者が異なる場合 は委任状も必要です | | | | | | | | | |

委任状


口座名義人 住所 鹿嶋市宮中77777
氏名 鹿嶋 太郎
電話 0299 (82) 2911
被保険者との続柄 夫

私は、上記のものを代理人に選任し、鹿嶋市介護保険から
給付される以下のものの受領に関する権限を委任します。

介護保険 { 居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費 }
 { 居宅介護 (介護予防) 住宅改修費 }

鹿嶋市会計管理者 様

平成 27 年 6 月 5 日

被保険者 (または相続人) 住所 鹿嶋市宮中77777
氏名 鹿嶋 花子  印